

70
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 12 janvier 1893, à 1 heure

Par VICTOR LAPORTE

Né à Paris, le 8 février 1865

Ancien externe des hôpitaux de Paris

LES

HÉMORRHAGIES INTESTINALES

SONT-ELLES UNE CONTRE-INDICATION

DES BAINS FROIDS

Dans la fièvre typhoïde ?

Président : M. JACCOUD, professeur.

*Juges : MM. { LABOULBÈNE, professeur.
NETTER, MÉNÉTRIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 12 janvier 1893, à 1 heure

Par VICTOR LAPORTE

Né à Paris, le 8 février 1865

Ancien externe des hôpitaux de Paris

LES

HÉMORRHAGIES INTESTINALES

SONT-ELLES UNE CONTRE-INDICATION

DES BAINS FROIDS

Dans la fièvre typhoïde ?

Président : M. JACCOUD, professeur.

*Juges : MM. { LABOULBÈNE, professeur.
NETTER, MÉNÉTRIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	N.
Pharmacologie.	N.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIÉR	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NÉLATON	SÉBILÉAU
BRISAUD	GLEYS	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DÉJÉRINE	MARFAN	RETTÉTER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MA GRAND'MÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

A M. LE PROFESSEUR JACCOUD

Membre de l'Académie de médecine
Professeur de Clinique médicale à l'hôpital de la Pitié
Officier de la Légion d'honneur

LES
HÉMORRHAGIES INTESINALES
SONT-ELLES UNE CONTRE-INDICATION
DES BAINS FROIDS
dans la Fièvre typhoïde?

AVANT-PROPOS

Qu'il nous soit permis, avant d'entrer en matière, d'adresser l'hommage de notre reconnaissance à M. le professeur Jaccoud, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, et à M. le professeur Dieulafoy, à qui nous en devons le sujet et les observations qui en sont la base.

Que MM. Rénon et Charrier, élèves de M. le professeur Dieulafoy, reçoivent le témoignage de notre gratitude, pour les conseils ou les bons offices que nous en avons reçus.

I

DES HÉMORRHAGIES INTESTINALES DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Il nous paraît indispensable, avant d'aborder la question qui fait l'objet essentiel de notre thèse, de tracer brièvement l'histoire des entérorrhagies dothiésentériques.

L'hémorrhagie de l'intestin est une complication relativement assez fréquente dans la fièvre typhoïde ; elle s'observe dans une proportion très variable selon les épidémies, ce qui explique la grande divergence des auteurs à cet égard. Pour ne citer que les chiffres extrêmes, nous rappellerons que Grisolle attribue à cet accident une fréquence de 1 pour 100 seulement, tandis que Murchison la porte jusqu'à 16 pour 100 ; nous admettons, avec M. Dieulafoy, la proportion moyenne de 6 pour 100.

L'entérorrhagie dothiésentérique peut se produire à toutes les périodes de la maladie, mais c'est surtout à partir du quatorzième jour, époque de la chute des eschares, et particulièrement dans le courant du septénaire correspondant, qu'on la voit survenir. Les hémorrhagies intestinales sont de plus en plus rares, à mesure qu'on s'éloigne de cette période, mais on en a vu se produire jusque dans la huitième et la neuvième semaine, et même au début de la convalescence. Les hémorrhagies

des rechutes sont souvent précoces (Lowry), par suite de l'état de réparation des plaques.

Il résulte de ces faits qu'on peut, avec Maurice Raynaud, diviser les entérorrhagies de la fièvre typhoïde en deux classes distinctes : celles du début et celles de la fin ; les premières antérieures, les secondes postérieures à l'ulcération des plaques de Peyer. Etant donnée la différence des conditions anatomo-pathologiques dans les deux cas, il est aisé de concevoir que les hémorrhagies de la fin sont à la fois et plus fréquentes et plus graves que celles du début. Cependant on voit des hémorrhagies survenues dans les premiers jours de la dothiéntérie se terminer d'une manière fatale (1), et le pronostic doit être basé avant tout sur la quantité de sang perdu, le caractère de l'hémorrhagie, variable suivant que le sang a séjourné plus ou moins longtemps dans l'intestin avant d'être expulsé au dehors (Besnier), la répétition des accidents, enfin et surtout sur l'état général du malade (Chomel, Trousseau). Ainsi que l'a dit M. Jaccoud, une hémorrhagie médiocre peut tuer si l'adynamie est complète, une hémorrhagie abondante peut permettre une issue favorable et ne constituer qu'un orage passager si l'organisme a subi de moindres atteintes.

La gravité de ces accidents est très diversement appréciée par les différents auteurs. Tandis que Bretonneau, W. Jenner, Louis Bell, Chomel, Barth, Murchison, considèrent l'entérorrhagie comme un accident

1. Picard. Th. Paris, 1885.

de haute gravité, Graves, Trousseau, Kemerdy, Ragaine, la regardent comme d'un pronostic bénin, et même quelquefois favorable et quasi-critique.

Trousseau déclare n'avoir vu en sept ans que trois cas de morts par complication d'hémorrhagie. Ragaine, sur 11 cas, et Juteau, sur 5 cas, ne comptent que des guérisons. De fait, on voit parfois, à la suite de cet accident, la fièvre et les phénomènes nerveux s'amender, le plus souvent, d'ailleurs, d'une façon passagère. Mais il en est souvent tout autrement.

Jaccoud a vu l'issue fatale arriver dans la proportion de six sur 6; Gietl, 7 sur 14; Isabel Lowry, 46 pour 100; Jenner, 7 sur 21; Griesinger, 10 sur 32; Homolle, 30 pour 100, Leconte, 14 pour 100. On peut dire qu'en moyenne, le tiers des cas est mortel (Dieulafoy). La mort peut arriver de diverses manières, selon la forme clinique que revêt le processus hémorragique.

Quelquefois le sang épanché, par suite d'une parésie de l'intestin, n'est pas expulsé, il demeure à l'intérieur de l'intestin, où on le retrouve à l'autopsie, et peut, par sa putridité, causer des phénomènes septicémiques. Dans ces cas, il peut se produire un dénouement fatal, soit par suite de l'abondance de l'hémorrhagie (Murchison), soit par syncope (G. de Mussy). Le plus souvent, le sang est expulsé sous forme d'une bouillie noirâtre, visqueuse, fétide, qui a été comparée pour son aspect à du raisiné, à de la suie délayée ou à du goudron.

Rarement il se montre avec sa couleur rouge et sous forme jaillissante; il s'agit alors d'hémorrhagies par rupture artérielle, c'est-à-dire de ces cas fou-

droyants contre lesquels la thérapeutique est à peu près sans moyen d'action.

La quantité de sang épanché est très variable. Elle peut n'être que de quelques cuillerées ou s'élève à plusieurs litres et inonder le lit du malade; parfois on ne soupçonne l'hémorrhagie qu'à la teinte noirâtre des matières fécales.

Lorsque l'hémorrhagie est abondante, elle s'accompagne habituellement de phénomènes généraux qui permettent le diagnostic même alors que le sang n'est pas expulsé. Il se produit une prostration subite, une chute de la température assez brusque, de deux à trois degrés (Griesinger), et qui peut même descendre au-dessous de la normale (1), avec pâleur des téguments, refroidissement des extrémités, affaiblissement et accélération du pouls, sueurs froides, tendance aux lipothymies et à la syncope, ventre ballonné et douloureux, mat à la percussion, dyspnée due au refoulement du diaphragme (Grellety); les urines présentent une augmentation des matières solides et contiennent de l'uro-hématine due à la résorption d'une partie du sang extravasé (A. Robin).

L'entérorrhagie dothiésentérique coexiste parfois avec d'autres hémorrhagies, telles que l'épistaxis, l'hémoptysie, l'hématurie, le saignement des gencives, le purpura; c'est ce qui arrive notamment dans la forme hémorrhagique de la dothiésentérie, appelée par les anciens fièvre putride hémorrhagique. Millard a observé

1. Picard. Th. Paris, 1885.

avec l'entérorrhagie dothiésentérique la stomatorrhagie et l'ecthyma hémorrhagique (1).

Un fait qui peut, dans certains cas, assombrir singulièrement le pronostic de l'hémorrhagie intestinale survenant au cours de la fièvre typhoïde, c'est que cet accident constitue parfois un signe avant-coureur de la perforation intestinale succédant à l'extension du processus ulcératif à travers la tunique musculaire de la paroi intestinale. Des faits de ce genre ont été observés par Murchison (11 fois sur 32 cas d'entérorrhagie mortelle) et Darène.

On a signalé comme signes prodromiques pouvant faire présager l'hémorrhagie intestinale chez un typhique, le pouls dur et fréquent avec éréthisme cardiaque (Graves, G. de Mussy), le dicrotisme très accentué (Lowry), la récurrence du pouls radial (Constantin Paul), la constipation (Murchison, etc.). Ces prodromes feraient défaut dans les formes adynamiques de la fièvre typhoïde et chez les malades anémiés.

Pour expliquer la production des entérorrhagies au cours de la dothiésentérie, on a invoqué diverses causes qui paraissent avoir chacune leur part dans l'évolution de l'accident.

L'une de ces causes pourtant, et précisément la plus fréquente, ne peut s'appliquer à tous les cas et doit être éliminée pour les hémorrhagies du début : c'est l'ulcération. L'ulcération agit en facilitant la rupture des vaisseaux de petit calibre ou des capillaires ; les faits

1. *Ibid.*

de section nette d'une petite artère sont rares, cependant on en a des exemples, constatés au moyen de l'injection, sur le cadavre, des artères mésentériques (Murchison, G. de Mussy, Jenner, Hamerik); d'autres fois, l'hémorrhagie aurait sa source dans un état fongueux des eschares (Murchison). L'ulcération qui, nous l'avons dit, ne peut être invoquée pour les hémorrhagies du début, ne saurait non plus suffire à elle seule pour expliquer les hémorrhagies des périodes suivantes de la maladie, car l'ulcération constitue une lésion très vraisemblablement constante dans la dothiéntérie, tandis que l'hémorrhagie n'est qu'une complication accidentelle; G. de Mussy a très judicieusement attiré l'attention sur ce point; cet auteur pense en conséquence que la thrombose des vaisseaux atteints par l'ulcération doit précéder leur destruction; il se demande, de plus, si la thrombose des artères mésentériques elles-mêmes ne pourrait pas, dans certains cas, devenir une cause d'entérorrhagie, témoin les expériences qui prouvent que la ligature d'une branche artérielle peut produire des extravasations sanguines dans les régions vasculaires situées au-dessous de cette ligature. Nous croyons que l'ulcération constitue seulement au point de vue de l'entérorrhagie, une circonstance éminemment prédisposante, mais que l'épanchement sanguin n'est déterminé effectivement que sous l'influence d'une des autres causes que nous allons passer en revue : la congestion, la dyscrasie, etc.

La congestion est surtout en cause dans les hémorrhagies du début (Cazalis), qui se font indifféremment

par les plaques ou par la surface libre de la muqueuse. Elle est elle-même sous la dépendance de l'excitation du système cérébro-spinal ou de l'atonie des vaso-moteurs (Rochet, Bouchard, Gravier de Saint-Aubin, Vulpian). C'est aussi la congestion (active) qui explique les hémorrhagies survenant au début de la convalescence, à la suite d'un écart de régime (Hutinel).

On a constaté dans le sang des typhiques des altérations multiples ; à l'autopsie, on le trouve liquide ou caillé dans le cœur, poisseux, comparable à de la gelée de groseille. Pendant la vie, examiné à l'occasion des saignées ou autrement, on constate qu'il est noir, diffluent, donne un caillot noir moins dense et moins ferme qu'à l'état normal. La proportion des leucocytes est augmentée pendant le premier septenaire, cette leucocytose disparaît au moment de l'ulcération des plaques de Peyer (Brouardel, Malassez). On trouve dans le sang, notamment dans les réseaux veineux de la rate et de la moelle osseuse, de grandes cellules lymphatiques renfermant chacune, outre leurs noyaux propres, deux à six globules rouges, les uns intacts, les autres réduits en fragments arrondis (Cornil) ; à une période avancée de la fièvre il existe une diminution notable dans la proportion des globules rouges et par suite de l'hémoglobine. On a trouvé dans le sang des typhiques des bactéries sans importance pathologique et aussi, mais très rarement (Laveran et Teissier), les bacilles caractéristiques observés dans les glandes de Peyer, les ganglions mésentériques et la rate.

Le sang présente une augmentation de la proportion

d'eau et une diminution de la fibrine, une diminution de l'urée et une augmentation du sucre. C'est cet état d'appauvrissement que Trousseau désigne sous le nom de dissolution du sang ; il en fait une cause des hémorrhagies dothiéntériques, ainsi que de celles qu'on observe dans la fièvre jaune, la scarlatine, la diphthérie, la rougeole et la variole. Cette dyscrasie typhique atteint son plus haut degré dans la forme hémorrhagique de la dothiéntérie.

Bouchard, en 1869 (1), signale comme causes d'hémorrhagies le mouvement fluxionnaire, les lésions du sang, les dégénérescences vasculaires, la faiblesse du cœur, l'atonie du système nerveux.

M. Raymond (2) rapporte une observation de fièvre typhoïde dans laquelle le malade, après avoir eu des hémorrhagies intestinales et plusieurs autres complications, succomba finalement à une hémorrhagie en nappe qui s'était produite au niveau d'une plaie extérieure, consécutive à l'ouverture d'un abcès de la région sacro-coccygienne. L'auteur établit un parallèle entre les hémorrhagies externes et internes et invoque dans les deux cas un mécanisme analogue, qui serait le suivant : 1° altérations vasculaires permettant la diapédèse abondante ; 2° infiltration de leucocytes dans le tissu sous-dermique, leucocytes dont quelques uns, venus de différents points infectés, sont de véritables cellules bacillifères ; 3° formation d'abcès et de bourgeons charnus dont les vaisseaux, noyés dans un tissu absolument cel-

1. Th. ag. Paris.

2. *Rev. de méd.*, 1885, p. 931.

lulaire et à structure parfois caséeuse, se rompent sous l'influence des moindres causes, et entraînent une hémorrhagie en nappe qu'il est presque impossible d'enrayer, vu l'extension des altérations aux vaisseaux même très éloignés du point ulcéré.

M. Hayem a attiré l'attention sur la dégénérescence granulo-graisseuse des vaisseaux, qui affaiblit leur élasticité et leur résistance. Bouchard a montré que les ruptures portent bien moins sur les capillaires que sur les veinules.

Enfin on a signalé des cas d'entérorrhagies dothiénentériques provenant du gros intestin, ulcéré ou même perforé (Leudet, Beluès et Hardy, Laharpe).

L'entérorrhagie est beaucoup plus rare chez l'enfant et le vieillard que chez l'adulte. Les femmes y seraient plus sujettes, peut-être par suite de leur tendance à la constipation. Sa fréquence varie avec les latitudes : plus fréquente en Grande-Bretagne (Jenner) et dans les climats tempérés, elle serait très rare en Perse (Tholozan) et dans les pays chauds. Les sujets qui, en état de santé, ont une tendance marquée aux diverses hémorrhagies, y seraient prédisposés (Picard). L'accident est surtout à craindre dans les formes adynamiques. Enfin l'entérorrhagie paraît surtout dépendre des influences épidémiques; ainsi Alix, cité par Wunderlich, a observé à Alger deux épidémies successives ayant donné la première une moyenne de 2 pour 100, la seconde de 28, 6 pour 100 de cas d'entérorrhagies.

Pour combattre l'entérorrhagie, on emploie les lave-

ments froids, les boissons glacées, l'application permanente de glace sur le ventre ; le malade est condamné au repos absolu, on ne lui donne à boire que quelques gorgées de lait ou de bouillon glacés. On pourrait peut-être essayer l'emploi en lavement de l'eau chaude qui, injectée dans l'utérus ou dans les fosses nasales, a déjà montré une action de même nature et même plus efficace que celle de l'eau froide contre la métrorrhagie et l'épistaxis. Picard (1) donne dans sa thèse un grand nombre de formules ; nous nous contenterons ici d'indiquer les principaux médicaments auxquels on peut avoir recours : l'ergot de seigle, ou mieux les injections d'ergotine ou d'ergotinine, le sous-nitrate de Bismuth, l'eau de Rabel et le sirop de Ratanhia (Trousseau), le perchlorure de fer, à la dose de vingt à quarante gouttes dans une potion appropriée (Jaccoud), l'essence de térébenthine (Graves), l'acétate de plomb (Murchison), le remède de Gardien, le tanin (G. de Mussy), l'application d'eau très chaude sur le rachis (G. de Mussy, d'après Chappemann), l'hazeline (Lutaud), les injections sous-cutanées d'éther sulfurique, le café, le vin, le punch chauds, (Liebermeister), dans les hémorrhagies passives. On recommande aussi de prévenir la constipation.

Enfin, dans les cas les plus graves, on peut avoir recours à la transfusion.

La transfusion, déjà indiquée contre l'entérorrhagie par Béhier, en 1874, dans une de ses leçons, a été pra-

1. *Loco citato.*

tiquée par Darène dans neuf cas, et trois fois avec succès. On trouvera dans la thèse de Picard le tableau de ces observations, ainsi que le cas, suivi de succès, que Gibert a communiqué à l'Académie de Médecine.

On peut encore mettre en usage l'injection intra-veineuse de sérum artificiel suivant la méthode de Hayem, ou l'injection sous-cutanée d'eau distillée, stérilisée, contenant 7 pour 1000 de chlorure de sodium, suivant la méthode de Sahli.

Nous rappellerons aussi que dans un cas de Maurice Raynaud, une malade épuisée par de graves hémorragies intestinales rebelles à tout traitement, trouva dans un bain froid la cessation subite de ces accidents (?)

II

LES HÉMORRHAGIES INTESTINALES SONT-ELLES UNE CONTRE-INDICATION A L'EMPLOI DES BAINS FROIDS DANS LE TRAITEMENT DE LA DOTHIÉNENTÉRIE ?

Bien que nous n'ayons pas à exposer l'histoire de la méthode réfrigérante dans le traitement de la fièvre typhoïde, il nous paraît nécessaire, cependant, de dire quelques mots sur la méthode des bains froids. Les autres procédés de réfrigération en usage dans le traitement de la dothiésentérie, tels que les lotions froides, les enveloppements dans le drap mouillé, les bains tièdes, etc., ne faisant point partie de notre sujet, nous ne nous y arrêterons pas.

Le mode de traitement par les bains froids est généralement connu sous le nom de méthode de Brand, quoique cet auteur n'en ait été que le vulgarisateur. Voici en quoi consiste le bain froid typique :

« Le malade est placé dans une baignoire remplie d'eau à une température de 15 à 20° au plus et maintenu ou soutenu de manière à ce que le corps plonge tout entier dans l'eau ; on lui applique en même temps sur la tête des compresses froides. Le bain typique doit avoir une durée d'environ dix minutes. Lorsque les malades sont débiles et pris rapidement de frissons, ou bien lorsqu'ils manifestent une tendance à tomber dans le collapsus, la durée du bain est abrégée ; elle ne doit

pas dépasser cinq à sept minutes. En sortant de l'eau, les malades sont essuyés et enveloppés dans un drap sans être frictionnés, puis portés dans leur lit préalablement garni de légères couvertures et contenant une boule d'eau chaude pour les pieds. Là ils doivent garder un repos complet ; si l'impulsion cardiaque est faible, s'il y a tendance à la syncope, on leur fait boire un verre de vin généreux (1). »

La durée du bain et sa température varient dans des limites considérables, suivant les tendances des différents médecins. William Fox a osé aller jusqu'au bain de glace ; Liebermeister emploie le bain de 15° de préférence à celui de 20°. Brand donnait huit bains par jour à 23° ou 24°, surtout pendant la rémission du soir (2). La pratique de M. Dieulafoy est la suivante :

Dès que la température du typhique a atteint 38° à 39°, on institue le traitement par les bains froids. Le malade est porté dans une baignoire remplie d'eau à 23° ou 24°, puis on verse de l'eau froide dans le bain de manière à abaisser sa température à 22°, exceptionnellement jusqu'à 20°. M. le professeur Dieulafoy réserve pour certains cas seulement le bain à 20° d'emblée. Pendant le bain, une compresse d'eau froide est appliquée sur la tête du malade. La durée du bain est de douze à quinze minutes. Au sortir du bain, le malade est enveloppé dans une couverture de coton et on lui donne à boire du thé au rhum. Il accuse toujours alors une sensation de bien-être.

1. Hayem. *Leçons de Thérapeutique*, t. I, 1887, p. 206.

2. G. Sée. *France médicale*, 1883, t. I, p. 117.

La température du malade est reprise une demi-heure après le bain ; on constate un abaissement constant, qui est habituellement de un à deux degrés.

Tous les partisans de la méthode de Brand s'accordent à reconnaître que les résultats obtenus sont d'autant meilleurs que la méthode est plus tôt mise en œuvre. C'est dès le début de la maladie qu'il faut commencer le traitement par les bains froids, alors même que le diagnostic n'est pas assuré. Appliquée ainsi la méthode préviendrait toutes les complications de la dothiéntérie.

Le bain froid n'agit pas seulement par la soustraction du calorique, mais il a une influence modératrice sur les oxydations, après leur excitation passagère (Hayem), et une action sthénique sur le système nerveux. Le fébricitant subit une réfrigération beaucoup plus marquée que le sujet sain, sous l'effet du bain froid ; l'action de celui-ci paraît en outre plus intense quand il coïncide avec le moment de la rémission naturelle de la fièvre, c'est-à-dire vers le soir. On a constaté que les abaissements thermiques obtenus sont plus considérables à la suite des bains froids administrés le soir ou pendant la nuit, qu'à la suite de ceux qui sont donnés le matin ou dans l'après-midi. D'où le précepte de donner les bains, de préférence, le soir ou la nuit.

Les indications des bains froids sont tirées non seulement de l'élévation de la température fébrile, mais encore de l'état général du malade, des phénomènes ataxiques et adynamiques qu'il présente. Quant aux contre-indications, on en a signalé un certain nombre ;

nous avons à discuter l'une des plus importantes et des plus controversées : l'hémorrhagie intestinale. Cet accident est-il une contre-indication à l'emploi des bains froids dans la dothiéntérie ?

Les uns répondent négativement à cette question : ainsi Brand, lorsqu'une hémorrhagie se produit dans le cours de la fièvre, ne modifie en rien son traitement, et il n'interrompt les bains que lorsque l'hémorrhagie devient véritablement abondante (1). A Lyon, les hémorrhagies ne sont pas envisagées comme une contre-indication du bain ; toutefois l'on suspend le traitement le jour de l'hémorrhagie, et l'on redonne les bains dès le lendemain, moins dans la crainte d'une congestion que pour éviter le déplacement du malade (Chapuis).

Les autres répondent affirmativement, et accusent même le bain froid d'être la cause la plus fréquente des hémorrhagies intestinales observées dans la fièvre typhoïde. Pour eux, il faudrait suspendre les bains à la moindre menace d'hémorrhagie.

Entre ces deux opinions contradictoires se place une opinion suivant laquelle il y aurait lieu d'établir une distinction capitale, au point de vue qui nous occupe, entre les hémorrhagies du début et celles de la fin de la dothiéntérie. Voici comment s'exprime à cet égard M. Hayem (2) : « Les hémorrhagies du début des maladies fébriles ne sont pas des obstacles ; l'âge importe peu. Les contre-indications ressortissent presque exclu-

1. Chapuis. Th. Paris, 1883.

2. *Leçons de thérap.*, 1^{re} s., 1887, p. 220.

sivement à certains accidents de la fièvre typhoïde. Je ne m'arrête pas à l'entérorrhagie, à la perforation intestinale, à la péritonite. Il n'est que trop naturel de suspendre alors l'administration des bains. » M. Chantemesse (1) accentue la distinction entre les hémorrhagies du début et celles de la fin : « L'hémorrhagie intestinale du début, celle des cinq ou six premiers jours, nécessite l'usage du bain froid. Il n'en est plus de même de l'hémorrhagie qui survient au moment de la chute des eschares ou plus tard. Elle doit faire proscrire complètement les bains. »

Les observations que nous rapportons dans notre thèse tendent à montrer que l'usage prudent des bains froids, dans le traitement de la fièvre typhoïde, peut être continué généralement en présence d'hémorrhagies intestinales, sans être suivi d'effets fâcheux. Nous allons essayer, auparavant, de présenter les arguments théoriques ou ceux qui ressortent des expériences, des statistiques et des observations déjà publiées, militant en faveur de cette opinion, en les comparant à ceux qui leur sont contraires.

Nous avons vu que l'entérorrhagie dothiésentérique est en général de peu de gravité par elle-même, et que son pronostic est subordonné à l'état général du malade. Pourquoi, dans la crainte de provoquer cet accident, renoncer aux bienfaits du traitement par les bains froids, si précieux contre l'hyperthermie, les troubles nerveux, l'agitation, le délire, l'ataxie, l'adynamie, qui

1. *Traité de médecine*, t. I, 1891.

constituent les plus graves dangers de la fièvre typhoïde?

Nous citerons seulement pour mémoire l'argument émis par Brand, car il paraît erroné.

Considérant que le bain froid n'agit pas seulement par la soustraction du calorique, mais modifie en même temps l'évolution du ferment typhique, Brand, dans son enthousiasme pour cette méthode, pensait qu'elle pouvait enrayer le processus ulcératif des plaques de Peyer et empêcher la chute des eschares. Glénard, son disciple, en déduisait théoriquement que l'hémorragie intestinale devait ainsi être rendue plus difficile. Les observations cadavériques ont montré que l'ulcération intestinale, la lésion caractéristique de la dothiéntérie existait aussi bien avec la méthode réfrigérante que dans les autres traitements, et il faut bien reconnaître que l'opinion des deux auteurs paraît exagérée, lorsqu'ils affirment qu'aucun des typhiques baigné dès le début n'a d'hémorragie intestinale.

Théoriquement, les auteurs qui reprochent à la méthode de Brand de provoquer l'entérorrhagie, supposent que, sous l'influence du bain froid, le sang est refoulé de la périphérie vers les viscères, d'où la possibilité des congestions internes et de la rupture des capillaires, particulièrement à craindre pour l'intestin, qui est devenu un *locus minoris resistentiæ* par suite des ulcérations dont il est le siège. Ils disent de plus que les mouvements auxquels la méthode de traitement par les bains froids soumet le malade, peuvent aussi être considérés comme une cause déterminant des ruptures vasculaires

que l'érosion des plaques de Peyer a facilitées. D'après Fränkel, l'obstacle que le bain oppose aux mouvements du diaphragme et à l'évacuation du contenu des veines, favoriserait encore la production des hémorrhagies.

La théorie de refoulement du sang a été combattue par plusieurs expériences. M. Soulier plonge dans l'eau à 8° ou 14° des animaux préalablement tondus afin de permettre la réfrigération ; un thermomètre a été placé dans le rectum ; l'animal est maintenu dans l'eau pendant quelques minutes. Dans six expériences, le thermomètre n'a accusé aucune élévation. Sur un autre sujet, il met à découvert la muqueuse de l'iléon, et l'étale ; l'animal est plongé dans un bain à 15° sans que l'eau arrive en contact avec l'intestin ; au moment de l'immersion, la muqueuse pâlit et les capillaires se vident en même temps que se produisent des mouvements vermiculaires. Faivre et Glénard ont fait des expériences analogues et sont arrivés aux mêmes résultats.

Les expériences de MM, Dumontpallier, Laffont et Franck, prouvent que le refroidissement lent et progressif ne détermine pas des congestions internes. Jamais, dans ses recherches sur l'homme sain et malade, pendant les bains froids, M. Dumontpallier n'a observé d'élévation de température dans le conduit auditif externe, ni de phénomènes de congestion encéphalique (1). Cet auteur a démontré, au moyen de son appa-

1. *France médicale*, 1883, t. II, p. 152.

reil réfrigérant, que le refroidissement lent et progressif ne détermine pas de congestions viscérales chez les animaux et modifie même chez l'homme les congestions pulmonaires et rénales. L'emploi des bains froids dans le traitement du rhumatisme cérébral et de la pneumonie grave (1) est une nouvelle preuve de l'action décongestionnante de l'eau froide. La réfrigération subite excessive et passagère pourrait, au contraire, déterminer des congestions actives dans les viscères. Aussi pensons-nous qu'il n'est pas impossible que le bain froid ait pu produire des accidents, lorsqu'il a été manié imprudemment, nous voulons dire lorsqu'on l'a porté subitement à des températures trop basses. Ici comme dans tous les autres moyens de traitements, le *modus faciendi* doit avoir naturellement une certaine importance au point de vue des résultats obtenus.

Dans le bain froid à 20°, le refroidissement n'est pas subit. D'après les recherches de C. Barth, Ed. V. Wahl, Liebermeister, l'abaissement thermique ne se produit qu'au bout de quelques minutes, vers la fin du bain. Après le bain, il survient une période dite de réaction, plus ou moins durable, pendant laquelle la température s'abaisse beaucoup plus que dans le bain lui-même; l'effet varie d'ailleurs avec la température du bain : ainsi lorsque l'eau a de 25 à 30° il faut vingt à vingt-cinq minutes pour que la température du corps commence à s'abaisser (Hayem).

1. Hérault. Th. Paris, 1890-91.

M. Chapuis (1), fait remarquer que si la théorie du refoulement était exacte et d'accord avec les faits, l'entérorrhagie se produirait surtout dans le bain, au moment du frisson, à l'instant où la réfrigération périphérique est à son maximum ; or, il n'en est pas ainsi, et l'hémorrhagie, lorsqu'elle survient, se produit au moment où le malade se réchauffe, deux heures environ après le bain. Les cas d'entérorrhagie survenue pendant le bain sont en effet de la plus extrême rareté, et se rapportent à ces hémorrhagies foudroyantes, résultant d'une rupture artérielle, sur lesquelles aucun moyen thérapeutique, quel qu'il soit, ne saurait avoir d'action d'aucune sorte.

« Il n'est guère vraisemblable, dit M. Féréol (2), que le mode de traitement employé puisse avoir une grande influence sur la production des hémorrhagies consécutives à la chute des eschares intestinales ; c'est un accident en quelque sorte mécanique, lié à l'ulcération d'un vaisseau.

Quant aux hémorrhagies congestives du début, il est fort admissible, et les faits semblent l'indiquer, qu'elles aient de la tendance à se produire par une sorte de répercussion, lors de l'application du froid à l'enveloppe cutanée. Mais ces hémorrhagies n'ont pas, tant s'en faut, la gravité des hémorrhagies par ulcération, et elles ne paraissent pas modifier beaucoup, dans la plupart des cas, la marche ultérieure de la maladie. »

1. Th. Paris, 1883.

2. *Bull. de Soc. méd. des hosp. de Paris*, 1876, t. XIII, p. 383.

Tripier (cité par Huchard (1), pense que le bain froid exerce une influence favorable sur les ulcérations et les hémorrhagies intestinales.

En 1872, Wunderlich fils a publié une statistique tendant à démontrer l'influence du bain froid sur la production des entérorrhagies au cours de la fièvre typhoïde. Cette statistique peut être interprétée différemment, en attribuant les différences observées dans le nombre des cas d'entérorrhagies, aux influences épidémiques, dont nous avons vu l'importance dans l'étiologie de l'hémorrhagie intestinale.

C'est ainsi que, sur les 18 cas d'entérorrhagies dothiénériques observés chez les malades soumis au traitement par les bains froids, du 22 septembre 1868 au 20 avril 1872, 4 cas se sont produits du 22 septembre au 4 novembre 1868 : 12 autres cas, du 30 juin 1871 au 20 avril 1872 ; tandis qu'il y a eu deux cas seulement d'entérorrhagies dans l'espace de près de trois années qui s'est écoulé entre ces deux périodes. Cette inégalité de répartition des cas permet d'invoquer une influence étrangère au traitement.

Reinhardt a trouvé pour la fréquence absolue des hémorrhagies intestinales, dans la fièvre typhoïde, la proportion de 5 pour 100. Or, Liebermeister et Immermann ont eu chacun, avec les bains froids, une moyenne d'environ 6 pour 100. La différence est minime, et, ici encore, il semble rationnel de l'imputer à des circonstances étrangères au traitement.

1. *Union médicale*, 1874, 3^e s. p. 569.

D'autre part, les statistiques de mortalité montrent que les hémorrhagies intestinales de la dothiéntérie, abstraction faite de leur degré de fréquence, sont moins graves avec les bains froids qu'avec les autres traitements : Reinhardt, Griesinger, Jensen, etc., avaient trouvé, avant l'emploi des bains froids dans les cas d'entérorrhagie, une mortalité de 47, 4 à 50 pour 100. Avec le traitement par les bains froids, Wunderlich n'a eu que 2 morts sur 18 cas d'hémorrhagies intestinales, soit 11,1 pour 100. Scholz et Michel, avec le même traitement, ont observé 3 morts sur 10 cas, soit 30 pour 100.

Parmi les observations citées pour démontrer l'action du bain froid sur la production des entérorrhagies, nous rappellerons les suivantes. En 1874, Libermann, du Gros-Caillou, rapporte que chez un de ses malades, soumis au traitement par les bains froids, une entérorrhagie étant survenue; il crut devoir recourir aux bains tièdes ; l'hémorrhagie s'arrêta pour recommencer dès qu'il reprit les bains froids, auxquels il renonça définitivement pour la méthode de Ziemmsen (1); le malade

1. « Une baignoire spéciale est remplie d'eau à une température inférieure à celle du malade de 5° à 6° seulement, à 35° par exemple lorsque la température fébrile est de 40 à 41°. Le malade y est plongé en entier et on lui pratique des frictions sur les extrémités. Puis, dès la première impression passée, on fait arriver de l'eau froide par un tuyau placé au fond de la baignoire, tandis que le trop-plein s'écoule à l'aide d'ouvertures ménagées à sa partie supérieure. On laisse arri-

guérit. En 1876, M. Dépéret, dans sa thèse inaugurale, rapporte l'observation d'une malade qui eut deux hémorrhagies intestinales au début du traitement par les bains froids ; ceux-ci furent aussitôt supprimés et ne furent plus repris jusqu'à la terminaison de la maladie ; la malade succomba, sans avoir eu de nouvelle hémorrhagie. M. Peter, en 1877, a communiqué à la Société médicale des hôpitaux l'observation d'une jeune femme de 23 ans qui, traitée par les bains froids, eut trois hémorrhagies ; on cessa les bains, la maladie s'aggrava, et la malade succomba, avec fièvre très élevée (41°,2 le matin, 41°3 le soir du jour du décès), sans avoir eu de nouvelle hémorrhagie.

Il est permis de supposer qu'une simple coïncidence, et non un rapport de cause à effet, a existé dans la plupart des observations tendant à incriminer les bains froids dans la production des hémorrhagies intestinales ; ce qui paraît autoriser à faire cette hypothèse, c'est la possibilité de l'apparition d'une hémorrhagie grave alors que la bénignité des symptômes principaux ne pouvait la faire présager ; nous citerons, comme exemple à l'appui de notre remarque, l'observation suivante, due à M. Bougon, et rapportée par M. Féréol (1) : chez un jeune homme de 16 ans, M. Bougon a vu survenir, après ver peu à peu l'eau froide jusqu'à ce qu'on obtienne une température de 20°. L'immersion doit durer de 20 à 30 minutes pour cesser au moment de l'apparition des frissons intenses » (Hayem).

1. *Bulletins et mémoires de la société méd. des hôp. de Paris*, 1876, 2^e s., p. 382.

quelques épistaxis insignifiantes, de véritables hémoptysies, peu abondantes, il est vrai, mais continues. L'expectoration avait la teinte de sirop de groseilles légèrement étendu d'eau. Le onzième jour de la maladie, à deux heures du matin, une hémorragie intestinale se déclara brusquement avec une intensité excessive. La mort survint quelques heures après. Le malade n'avait pris ni bains ni lotions, en raison de la bénignité apparente des principaux symptômes.

OBSERVATION I

Le 6 août 1892, entre à l'hôpital Necker, service de M. Dieulafoy, salle Vernois, lit n° 24, le nommé L... Jean, âgé de 17 ans, garçon maçon.

Ce malade ne présente, au moment de son entrée, que des symptômes typhiques peu accusés : il se trouve dans un état de légère apathie et répond assez bien aux questions qui lui sont posées, bien que l'interrogatoire le fatigue. Il a la langue rosée et humide, le ventre un peu ballonné, sans taches rosées, mais recouvert de sudamina ; la rate déborde les fausses côtes ; la fosse iliaque n'est pas douloureuse à la pression. Il raconte qu'il est souffrant depuis le 14 juillet dernier, mais qu'il n'a cessé son travail et ne s'est alité qu'il y a quatre jours. Il se plaint, depuis ce temps, de diarrhée, de céphalalgie, d'accès de fièvre, d'insomnie, d'inappétence. Il a eu une épistaxis.

Il tousse et présente à l'auscultation des râles sibilants et ronflants, disséminés, en arrière de la poitrine. Le cœur offre

une impulsion exagérée, un dédoublement du second bruit et un souffle systolique, intense, à la pointe.

Cette double lésion mitrale paraît être d'origine rhumatismale, le malade ayant eu une première attaque de rhumatisme articulaire aigu, il y a huit ans, et une seconde, il y a deux ans.

T. m. 38°, soir 39°,9.

On porte le diagnostic de fièvre typhoïde ambulatoire, suivie d'une rechute ayant débuté il y a quatre jours.

Le 7. — Le malade rend une selle sanglante. Jusque là, ses matières fécales étaient habituellement liquides et jaunâtres. Cependant il rapporte avoir rendu déjà à deux reprises, depuis le début de sa maladie (14 juillet), des matières noirâtres.

Ce même jour, le malade commence le traitement par les bains froids. Il prend trois bains (11 h. m., 4 h. s., 7 h. m.).

T. m. 38°,4, s. 39°,8.

Le 8. — Trois bains (4 h. s., 11 h. s., 7 h. m.).

T. m. 38°,8, s. 40°.

Le 9. — Quatre bains (11 h. m., 4 h. s., 11 h. s., 7 h. m.).

T. m. 39°,4, s. 40°,2.

Le 10. — Les taches rosées apparaissent sur l'abdomen. Le malade est dans un état de stupeur assez prononcé.

Quatre bains (mêmes heures).

T. m. 39°,4, s. 39°,8.

Le 11. — Quatre bains (m. h.).

T. m. 39°,8, s. 40°,2.

Le 12. — Quatre bains (m. h.).

T. m. 39°,3, s. 40°,2.

Le 13. — Le malade a le matin une hémorrhagie intestinale, peu abondante ; dans la journée, il a deux autres entérorrha-

gies, un peu plus abondantes que la précédente. Il a eu du délire pendant la nuit ; le jour, il est dans un état de somnolence continuelle.

Quatre bains (m. h.).

T. m. 39°,4, s. 40°,3. Pouls, 100, dicrote.

Le 14. — Le malade a eu, dans la nuit, deux hémorrhagies intestinales, légères. Il a la langue rôtie et présente des soubressauts des tendons.

Quatre bains (m. h.).

T. m. 39°,5, s. 39°,4.

Le 15. — Le délire a été plus violent cette nuit. Le malade n'a pas été à la selle.

Quatre bains (m. h.).

T. m. 39°,8, s. 40°,3.

Le 16. — La constipation persistant, on donne un lavement qui détermine une selle. Le malade est dans la prostration, presque sourd ; il a les dents fuligineuses.

Cinq bains (10 h. m., 2 h. s., 5 h. s., 11 h. s., 7 h. m.).

T. m. 39°,2, s. 40°,4.

Le 17. — Cinq bains (m. h.).

T. m. 39°,8, s. 40°,3.

A partir de ce jour, la température s'abaisse progressivement et l'état général s'améliore. Il se déclare une laryngite ulcéreuse, sans gravité, qui disparaît vers le 22. Peu à peu le malade, très amaigri, entre en convalescence. Celle-ci est troublée par des élévations momentanées de la température, généralement sans cause appréciable ; l'une d'elles, pourtant, coïncide, le 1^{er} septembre, avec une éruption de furoncles, dont l'un est ouvert ; en même temps se produit une légère épistaxis.

Le malade avait pris cinq bains, le 18 et le 19 ; il n'en

prend que quatre, le 20, et un seul, le 21 et le 22, le dernier à 5 heures de l'après-midi. La température étant tombée, ce jour-là, à 37°,6, le matin, et 37°,8, le soir, on cesse complètement les bains à partir du lendemain; la température par suite, remonte un peu : m. 37°,8, s. 38°, 7. Mais elle retombe aussitôt, le 24 : m. 36°,8, s. 37°,6. La différence continue les jours suivants, mais le 6 septembre au soir, la température remonte à 39°,3. Le lendemain on donne alors deux bains (1 h. s., 5 h. s.) ; T. m. 37°,6, s. 39°,3.

Le 8 septembre. — Un bain (5 h. s.).

T. m. 37°,3, s. 39°,4.

Le 9. — Deux bains (1 h. s., 11 h. s.).

T. m. 37°,4, s. 37°,7.

Le 10. — Un bain (1 h. s.).

T. m. 37°,4, s. 38°,2.

Le 11. — Un bain (5 h. s.).

T. m. 37°,4, s. 36°,7.

A partir de ce jour, la température ne s'élevant plus au-dessus de la normale et restant même au-dessous, on cesse définitivement l'administration des bains, et le malade quitte le service, en pleine voie de guérison, le 3 octobre, pour achever sa convalescence à l'asile de Vincennes.

Les hémorrhagies intestinales observées chez ce malade ont eu lieu au sixième jour, au douzième et dans la nuit du douzième au treizième jour de la maladie.

Le malade avait eu deux entérorrhagies avant son entrée à l'hôpital et en l'absence de tout traitement. On peut rapprocher ce cas de celui de l'observation II. Dans celle-ci il s'agit aussi d'une fièvre typhoïde suivie

de rechute, mais le malade a été traité par les bains froids dès sa première attaque. Il avait eu des hémorrhagies intestinales pendant sa première attaque ; ces accidents ont complètement fait défaut pendant la rechute qui l'a suivie. N'est-il pas permis de penser à la possibilité d'une influence modificatrice du traitement par les bains froids qui aurait rendu le terrain morbide réfractaire à l'hémorrhagie ? Nous ne faisons cette remarque qu'à titre de simple réflexion.

L'observation I présente une autre particularité intéressante. On avait constaté l'existence d'une double lésion mitrale, ce qui n'a pas compromis l'heureux résultat de la méthode de Brand.

OBSERVATION II

B..., Jacques, 38 ans, frappeur, entre, le 30 mai 1891, à l'hôpital Necker, service de M. Dieulafoy, salle Vernois, lit n° 27.

Depuis un mois, il se sent faible, dort mal, a perdu presque complètement l'appétit, a mal à la tête, ressent des frissons de temps à autre, est atteint de bronchite ; il y a huit jours, il avait une épistaxis, et il était pris d'une diarrhée jaune et fétide. L'aggravation progressive de son état l'a forcé de s'aliter, il y a quatre ou cinq jours.

Actuellement, le malade est plongé dans un abattement considérable ; il a la respiration un peu gênée, et, à l'auscultation, on constate des râles sibilants et sous-crépitants, nombreux et disséminés, de chaque côté de la poitrine. La

langue est noirâtre. On trouve dans la fosse iliaque droite du gargouillement, avec légère douleur ; il y a, sur l'abdomen et le thorax, de nombreuses taches rosées. Depuis une semaine, existe une diarrhée jaune et fétide. Les urines ne présentent rien de particulier à noter. Température du soir : 39°,5. Pouls, 105.

Diagnostic : Fièvre typhoïde au dixième jour de son évolution.

Le 31. — Même état.

T. m. 39°, s. 39°,7.

Le 1^{er} juin. — On commence l'administration des bains froids : trois bains (3 h. s., 11 h. s., 7 h. m.).

T. m. 39°,4, s. 39°,2.

Le 2. — La diarrhée est moins abondante. La langue est toujours aussi sèche.

Cinq bains (11 h. m., 3 h. s., 6 h. s., 11 h. s., 7 h. m.)

T. m. 39°,3, s. 39°,5.

Le 3. — Quatre bains (11 h. m., 3 h. s., 11 h. s., 7 h. m.).

T. m. 39°,3, s. 40°,3.

Le 4. — La fièvre est toujours élevée, la langue sèche, tremulente. Le malade a eu un peu de délire pendant la nuit. La diarrhée a cessé.

Quatre bains (11 h. m., 4 h. s., 11 h. s., 7 h. m.)

T. m. 38°,8, s. 39°,7.

Le 5. — Deux bains (11 h. m., 4 h. s.)

T. m. 39°, s. 40°.

Le 6. — Dans la nuit, le malade a eu deux selles sanglantes. Ses gencives saignent facilement. Il a toujours la langue sèche. Le pouls est bon.

Un bain (4 h. s.) En outre, on prescrit : Eau de Rabel et sirop de Ratanhia.

T. m. 38°,3, s. 40°.

Le 7. — Le malade a eu deux nouvelles selles sanglantes, moins abondantes que les précédentes. Il a du délire.

Trois bains (11 h. m., 4 h. s., 11 h. s.).

T. m. 38°,9, s. 39°,3.

Le 8. — Il n'y a plus trace d'hémorrhagie intestinale, il existe de la diarrhée.

Un bain (4 h. s.).

T. m. 38°,9, s. 39°,6.

Le 9. — La diarrhée est moins abondante. Le malade a du délire la nuit. La langue est sèche, fendillée, saignante. Le pouls est bon.

Quatre bains (11 h. m., 4 h. s., 11 h. s., 7 h. m.).

T. m. 38°,9, s. 39°.

Le 10. — Le malade se trouve bien ce matin.

Trois bains (4 h. s., 11 h. s., 7 h. m.).

T. m. 38°,4, s. 39°,1.

Le 11. — Trois bains (11 h. m., 4 h. s., 11 h. s.).

T. m. 38°,2, s. 38°,8.

Le 12. — L'état général est bon, l'appétit renaît.

Trois bains (11 h. m., 4 h. s., 6 h. m.).

T. m. 38°, s. 38°,7.

Le 13. — Un bain (4 h. s.).

T. m. 38°,8, s. 39°,4.

Le 14. — Un bain (4 h. s.).

T. m. 37°, s. 38°,7.

Le 15. — Pas de bain.

T. m. 36°,5, s. 37°,4.

Le 16. — Un bain (1 h. m.).

T. m. 36°, 3, s. 37°, 2.

Les 17, 18 et 19, la défervescence se continuant sans accidents, on supprime les bains, et, le 20, on commence à alimenter le malade. La défervescence dure jusqu'au 24 au soir, où la température remonte à 38°, 3, donnant le signal d'une rechute.

Le 25. — Deux bains (4 h. s., 6 h. m.).

T. m. 37°, s. 39°, 1.

Le 26. — Quatre bains (11 h. m., 4 h. s., 11 h. s., 6 h. m.).

T. m. 38°, 6, s. 39°, 8.

Le 27. — Trois bains (11 h. m., 4 h. s., 6 h. m.).

T. m. 39°, s. 39°, 4.

Le 28. — Quatre bains (11 h. m., 4 h. s., 11 h. s., 6 h. m.).

T. m. 38°, 8, s. 40°.

Le 29. — Quatre bains (mêmes heures).

T. m. 38°, 3, s. 39°, 4.

Le 30. — L'état général est bon.

Quatre bains (m. h.).

T. m. 39°, 6, s. 39°, 6.

Le 1^{er} juillet. — Quatre bains (m. h.).

T. m. 38°, 9, s. 39°, 6.

Le 2. — Quatre bains (m. h.).

T. m. 39°, 5, s. 39°, 3.

Le 3. — Trois bains (4 h. s., 11 h. s., 6 h. m.).

T. m. 39°, s. 39°, 3.

Le 4. — Deux bains (4 h. s., 11 h. s.).

T. m. 39°, s. 39°, 5.

Le 5. — Trois bains (11 h. m., 11 h. s., 6 h. m.).

T. m. 38°,3, s. 38°,1.

Le 6. — Deux bains (4 h. s., 11 h. s.).

T. m. 38°,8, s. 39°,4.

Le 7. — Trois bains (4 h. s., 11 h. s., 6 h. m.).

T. m. 38°,4, s. 38°,7.

Le 8. — Un bain (11 h. s.).

T. m. 38°,7, s. 38°,4.

Le 9. — Un bain (4 h. s.).

T. m. 37°,5, s. 38°,4.

Le 10. — Pas de bain.

T. m. 38°, s. 38° 4.

Le 11. — Pas de bain. La défervescence commence:

T. m. 37°,6, s. 38°. Elle se maintient et le malade entre bientôt en pleine voie de guérison, sans qu'il ait été nécessaire de reprendre les bains.

Les hémorrhagies intestinales subies par ce malade se sont produites du seizième au dix-huitième jour de la maladie.

OBSERVATION III

H... Paul, 16 ans et demi, journalier, entre, le 6 juillet 1892, à l'hôpital Necker, service de M. Dieulafoy, salle Vernois, lit n. 27.

Il y a huit jours, il était pris de diarrhée et devait cesser ses occupations et s'aliter ; il s'est alors soumis au régime lacté exclusif et, voyant ce traitement demeurer sans résultat, s'est présenté à l'hôpital. Jusqu'ici il a toujours bien dormi, n'a pas eu de vomissements, de nausées, d'épistaxis, de céphalalgie, de courbature ni de lassitude. Actuellement, il ne se plaint que

de diarrhée. Il a la face rouge, la peau chaude ; on constate des taches rosées lenticulaires sur l'abdomen. La langue est sale, mais ne présente pas encore de trémulence, non plus que les lèvres. Température au soir : $38^{\circ},4$.

Le 7. — Depuis son entrée, le malade a eu trois selles de couleur ocre-jaune et d'odeur fétide.

T. m. $39^{\circ},1$, s. $39^{\circ},7$.

Le 8. — T. m. $39^{\circ},4$, s. $39^{\circ},3$.

Le 9. — Le malade a eu un peu d'insomnie ; son état général n'est pas mauvais et les selles qu'il rend conservent le même caractère.

On donne deux bains froids (4 h. s., 11 h. s.).

T. m. $39^{\circ},4$, s. $39^{\circ},5$. P. 110.

Le 10. — Les troubles nerveux sont apparus : délire nocturne, insomnie complète.

Quatre bains (11 h. m., 4 h. s., 11 h. s., 7 h. m.).

T. m. 39° , s. $40^{\circ},2$. P. 100.

Le 11. — On note de la trémulence de la langue et des lèvres. L'agitation augmente.

Cinq bains (10 h. m., 2 h. s., 5 h. s., 11 h. s., 7 h. m.).

T. m. $39^{\circ},4$, s. $39^{\circ},9$. P. 120, nettement dicrote.

Le 12. — L'agitation augmente, il y a du délire le jour comme la nuit. Le pouls est petit.

Quatre bains (11 h. m., 2 h. s., 5 h. s., 11 h. s.).

On prescrit en outre 60 grammes de sirop d'éther dans une potion et deux injections de 25 centigrammes de caféine.

T. m. $39^{\circ},5$, s. $40^{\circ},2$.

Le 13. — Dans la nuit et dans l'après-midi, se produisent sept hémorragies intestinales. L'abattement est considérable. Le délire persiste.

Un bain (11 h. m.). On fait en outre deux injections d'ergotine et deux injections de caféine.

T. m. 38°,2, s. 39°,2.

Le 14. — Le malade a encore trois selles noirâtres. Toujours du délire.

Pas de bain. On prescrit : 1° 4 grammes de Bismuth, à prendre en quatre prises dans une cuillerée d'eau glacée ; 2° une potion avec 30 grammes de sirop d'éther, 25 centigrammes de musc et 30 grammes de sirop de fleurs d'oranger ; 3° de la limonade vineuse glacée, fortement citronnée et sucrée, à prendre par cuillerées à bouche toutes les dix minutes.

T. m. 38°, . 38°,4.

Le 15. — Langue tremblante, fuligineuse ; soubressauts des tendons, carphologie ; vomissements alimentaires.

Même traitement.

T. m. 38°,4, s. 38°, 5. P. 144.

Le 16. — Toujours du délire. Urines, 900 grammes.

On donne une potion avec 30 grammes de sirop d'éther, 5 grammes de vin diurétique, 25 centigrammes de musc et 30 grammes de sirop de fleurs d'oranger, deux fois dans la journée.

T. m. 37°,5 s. 38°,6. P. 132.

Le 17. — Le malade a deux selles sans caractère spécial. Urines, 1100 grammes. Dans l'après-midi, le malade est pris de violents tremblements.

Un bain (9 h. s.).

T. m. 37°,4, s. 39°,3. Pouls (7 h. s.), 96.

Le malade succombe, à 1 heure et demie du matin.

Dans cette observation, les hémorrhagies intestina-

les sont survenues du quatorzième au seizième jour de la dothiènéntérie.

OBSERVATION IV (résumée).

Le jeune T..., adressé par M. Watelet, entre, le 25 juin 1892, à l'hôpital Necker, service de M. Dieulafoy, salle Ver-
nois, lit n° 24.

Il est au vingt-troisième jour d'une fièvre typhoïde, au début d'une rechute, et présente de plus les signes manifestes d'une péritonite : il a du hoquet, le faciès grippé, le ventre ballonné, des vomissements verdâtres abondants et répétés. Température du soir, 38°,8.

Malgré cette complication, on soumet le malade, dès son entrée, au traitement par les bains froids. Au bout de cinq jours, il est considérablement amélioré et les signes péritoniques ont disparu.

Le 25. — Deux bains (4 h. s., 7 h. m.).

Le 26. — Quatre bains (11 h. m., 4 h. s., 11 h. s., 6 h. m.).

T. m. 38°, s. 38°,8.

Le 27. — Quatre bains (mêmes heures).

T. m. 38°,9, s. 40°.

Le 28. — Quatre bains (m. h.).

T. m. 39°, s. 39°,8.

Le 29. — Quatre bains (m. h.).

T. m. 38°,2, s. 39°,3.

Le 30. — Quatre bains (m. h.).

T. m. 39°, s. 39°,5.

Le 1^{er} juillet. — Quatre bains (m. h.).

T. m. 39°,7, s. 39°.

Le 2. — Quatre bains (m. h.).

T. m. 38°,5, s. 39°,3.

Le 3. — Deux bains (4 h. s., 6 h. s.).

T. m. 38°, s. 38°,9.

Le 4. — Un bain (4 h. s.).

T. m. 39°,2, s. 38°,7.

Le 5. — Pas de bain.

T. m. 37°,8, s. 38°.

Le 6. — Un bain (4 h. s.).

T. m. 36°,8, s. 38°,6.

Le 7. — Pas de bain.

T. m. 36°,8, s. 37°,5.

A partir de ce jour, la défervescence se continue sans accidents, et le malade entre en pleine voie de guérison.

Bien que cette observation ne renferme pas d'hémorragies intestinales, nous avons pensé qu'elle rentrerait dans notre cadre, comme de nature à montrer l'innocuité de la méthode des bains froids au point de vue des complications du côté de l'intestin.

CONCLUSIONS

1° L'usage prudent du bain froid dans le traitement de la dothiéntérie ne paraît pas augmenter la fréquence ni la gravité des hémorrhagies intestinales du début ou de la fin de la maladie.

2° Le traitement par les bains froids paraît pouvoir être continué, dans les cas ordinaires, malgré l'apparition des hémorrhagies intestinales.

3° Les bains froids peuvent être temporairement suspendus dans le cas d'hémorrhagies répétées et excessives ayant occasionné une hypothermie et une faiblesse cardiaque considérables, bien qu'encore dans ce cas l'action névrosthénique du bain froid puisse être utile.

4° Bien entendu, l'usage des bains froids n'empêche pas de mettre en œuvre, contre l'hémorrhagie intestinale, les divers moyens usités.

5° Une réfrigération subite excessive pouvant exposer aux congestions viscérales, on évitera l'emploi des bains à des températures trop basses : le bain à 23° ou 24°, refroidi secondairement à 22° ou 20°, paraît devoir être recommandé dans les cas ordinaires de dothiéntérie.

Vu par le Président de la thèse,
JACCOUD

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

HENRI JOUVE, Imp. de la Faculté de Médecine, 13, rue Racine, Paris.

